

(様式1)

医療的ケア児確認票

記入日 R 年 月 日

ふりがな			H・R 年 月 日生
児童名		男・女	(歳 カ月)
住所	那覇市		
保護者	父：	母：	
電話番号	父：	母：	

【医療ケア】

① 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） ②導尿
② 喀痰吸引（口腔・鼻腔内・気管カニューレ内部）
③ 酸素吸入 ⑤血糖値測定・インスリン注射 ⑥他

【具体的な内容】

[]

【通院の状況】

【医療施設】

_____ 病院 科 先生 電話番号 _____ 通院 回/ 月・ 週
_____ 病院 科 先生 電話番号 _____ 通院 回/ 月・ 週

【訪問看護・診療】

_____ 病院 科 先生 看護師 電話番号 _____

訪問頻度 回/ 月・ 週

【診断名】

【集団保育について】

主治医に保育園入園に関する相談をしていますか
はい ・ いいえ

※提出していただいた書類及び面接内容を基に、医療的ケア児支援検討会を持ちます。

その際に病院・児童サービス等の関係機関や関係各課に情報を共有してよろしいですか。

はい ・ いいえ _____ 保護者氏名